QUELQUES CONSIDÉRATIONS N° 148.

SUR LA

FORMATION DES HYDROPISIES EN GÉNÉRAL,

LEURS CAUSES ET LEUR TRAITEMENT ;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 14 juillet 1831, pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;

PAR J. MEYNIAL, de Saint-Remy,

Département du Cantal ;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1831.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	.....
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU, *Examinateur.*
Clinique médicale	LEROUX, *Examinateur.* / FOUQUIER, *Examinateur.* / ..... / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN. / ROUX, *Suppléant.*
Clinique d'accouchemens	.....

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubois, *Examinateur.*
Bayle.	Gerdy.
Bérard.	Gibert.
Blandin.	Hatin, *Examinateur.*
Bouillaud.	Lisfranc.
Bouvier.	Martin Solon.
Briquet.	Piorry.
Brongniart.	Rochoux.
Cotterbau.	Sandras, *Suppléant.*
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.
Dubled.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LA

FORMATION DES HYDROPISIES EN GÉNÉRAL,

LEURS CAUSES ET LEUR TRAITEMENT.

On désigne sous le nom générique d'*hydropisie*, l'accumulation anormale d'un liquide ordinairement séreux, quelquefois séro-purulent, dans une ou plusieurs cavités du corps ou dans le tissu cellulaire.

Produit d'une exhalation qui, dans l'état sain, s'exerce partout, dans les grandes cavités comme dans l'interstice des fibres les plus déliées des parties molles, la sérosité peut s'accumuler dans toutes les régions de l'économie par l'intermède du tissu cellulaire, qui y est partout répandu; les membranes séreuses et synoviales, le parenchyme de certains organes, les membranes muqueuses, les productions accidentelles connues sous le nom de *kystes muqueux* ou *séreux*, peuvent être tour à tour le siége de cette affection.

L'hydropisie prend différens noms selon les parties qu'occupe le liquide épanché : ainsi l'on nomme *hydrocéphale*, celle qui occupe l'intérieur du crâne; *hydrothorax*, celle de l'intérieur des plèvres; *ascite*, celle qui a lieu dans la cavité du péritoine; *hydro péricarde*, celle qui se forme dans l'enveloppe séreuse du cœur; *hydrorachis*,

celle du canal rachidien; *hydrocèle*, celle de la tunique vaginale, etc. L'hydropisie du tissu cellulaire a reçu le nom d'*anasarque*, quand elle est générale, et celui d'*œdème*, quand elle est partielle.

Les épanchemens séreux du tissu cellulaire et des membranes séreuses ayant seuls des caractères communs qui permettent de les envisager d'une manière générale, nous nous bornerons à quelques considérations relatives à leur formation, à leurs causes et à leur traitement.

Il en est des hydropisies comme de plusieurs autres phénomènes morbides de l'économie : des causes fort différentes peuvent y donner lieu; mais leur étude est fondée sur des faits importans à connaître, et auxquels, dans ces derniers temps, l'anatomie pathologique et la physiologie ont ajouté de vives lumières.

Parmi ces faits nous signalerons : 1°. l'identité bien reconnue de composition et de fonction qui existe entre les membranes séreuses et le tissu cellulaire; 2° l'étroite connexion qui existe entre la circulation sanguine et l'exhalation séreuse, en sorte qu'un obstacle à la première accroît l'intensité de la seconde; 3°. les phénomènes de l'absorption et de l'exhalation, qui, dans l'état sain, doivent se faire équilibre. C'est en effet de l'intégrité de ces deux fonctions que résulte l'état normal; car si, par une cause quelconque, la quantité de fluide séreux épanché dans une cavité est trop considérable pour pouvoir être reprise dans la même proportion par les agens de l'absorption, ce fluide s'accumulera dans ces parties; ou si la quantité n'est pas plus considérable que de coutume, il suffira que l'absorption soit diminuée ou interrompue d'une manière quelconque pour donner lieu à un amas considérable de sérosité. Le défaut d'équilibre entre l'exhalation et l'absorption est donc la cause ou plutôt le mode de formation des épanchemens séreux. La connaissance des agens immédiats de l'absorption et de l'exhalation serait, sans contredit, d'une grande importance dans l'étude des hydropisies; mais ces organes sont trop déliés pour qu'on ait pu constater par l'observation les lésions dont ils sont susceptibles d'être atteints. Toutefois

il n'en est pas de même des lésions du système vasculaire ; celles-ci peuvent être constatées. En effet, lorsque sur un animal vivant on lie la principale veine d'un membre, en prédisposant l'expérience de manière que le sang ne puisse être librement rapporté du point lié par les veines collatérales, cette veine se distend au-dessous de la ligature, et, consécutivement à cet obstacle à la circulation veineuse, de la sérosité s'épanche autour de la veine liée.

L'anatomie pathologique s'accorde parfaitement elle-même avec le résultat de cette expérience; car si un tronc veineux vient à être comprimé, oblitéré, de manière à ce que le sang n'y circule plus, et qu'en même temps les vaisseaux collatéraux ne puissent suppléer qu'incomplètement à la principale veine obstruée, on voit également un épanchement de sérosité avoir lieu là où il y a engorgement de sang veineux. L'hydropisie est même plus marquée que celle qui survient chez un animal dont une grosse veine a été liée, parce que, dans ce dernier cas, les collatérales ne peuvent pas être oblitérées par l'expérimentateur, comme elles le sont souvent chez l'homme lorsque la veine principale a été frappée de maladie.

C'est à M. *Bouillaud* qu'appartient l'honneur d'avoir démontré le premier, d'après des faits incontestables, que, dans la plupart des cas, les épanchemens séreux dépendent uniquement d'un obstacle mécanique à la circulation veineuse. Nous allons voir que ce principe qu'il a établi coïncide tout aussi bien avec les cas d'hydropisie générale qu'avec ceux d'hydropisie partielle. « Nous avons vu, dit-il dans son « Mémoire, que l'hydropisie occupait les deux membres, quand tous « les deux avaient leurs veines principales oblitérées ; l'infiltration « n'existait que dans un seul membre, lorsque ses veines seules « étaient oblitérées, celles du membre non infiltré restant libres. »

Si l'obstruction n'existe plus seulement dans les veines d'un membre, si elle a lieu dans un vaisseau dans lequel vient se dégorger le sang d'un plus grand nombre de parties, alors l'hydropisie deviendra nécessairement plus considérable. Si, par exemple, l'obstacle au retour du sang existe dans la veine-cave abdominale, les deux mem-

bres pelviens, le scrotum, se rempliront de sérosité; mais si c'est le tronc de la veine-porte qui se trouve plus ou moins complètement oblitéré, c'est dans le péritoine qu'aura lieu d'abord la collection séreuse. C'est ainsi qu'on peut dire, avec vérité, que certaines maladies du foie deviennent des causes d'ascite, les lésions de cet organe coïncidant très-fréquemment avec les hydropisies abdominales.

Enfin, si un obstacle direct ou indirect s'oppose au libre retour de sang veineux, au confluent de tous les systèmes veineux, dans le centre même de la circulation, on doit en tirer la conséquence théorique, que, dans ce cas, la circulation du sang veineux se trouvant partout gênée, des collections séreuses doivent se former de toutes parts, et que l'hydropisie doit devenir générale. C'est, en effet, ce que nous montre l'expérience : tous les praticiens savent que l'hydropisie est un des symptômes les plus communs des diverses affections organiques du cœur.

Mais toutes les affections organiques du cœur ne s'accompagnent pas d'hydropisie avec une égale fréquence et au même degré; ici encore l'expérience est d'accord avec la théorie. En effet, c'est surtout dans les cas de changement de proportion des cavités droites du cœur qu'on voit se manifester les congestions séreuses les plus considérables.

Voici les altérations du cœur droit coïncidant avec des congestions séreuses, signalées par M. le professeur *Andral*, d'après l'ordre de leur fréquence :

1°. Dilatation de la cavité du ventricule droit avec hypertrophie de ses parois;

2°. Dilatation des cavités du ventricule et de l'oreillette du même côté, avec hypertrophie de leurs parois;

3°. Dilatation de la seule cavité de l'oreillette droite, avec hypertrophie de ses parois, et en même temps obstacle au libre passage du sang de la cavité de l'oreillette dans celle du ventricule (trois cas);

4°. Dilatation de la cavité de l'oreillette droite, et hypertrophie

de ses parois, sans existence d'aucun obstacle à l'orifice auriculo-ventriculaire, sans aucune autre lésion (un cas) ;

5°. Ce savant observateur a vu l'hydropisie générale exister avec un effacement presque complet de la cavité du ventricule droit, sans que les parois de ce ventricule fussent d'ailleurs hypertrophiées, et que le reste du cœur offrît la moindre trace d'altération organique. Dans ce cas, l'oreillette droite ne pouvait chasser dans la cavité trop petite du ventricule qu'une très-faible partie du sang qu'elle recevait des veines; de là l'engorgement permanent de l'oreillette.

Chez une seconde classe d'hydropiques, on ne trouve dans les cavités droites du cœur aucune altération; mais dans son côté gauche cet organe est gravement affecté, ainsi on y rencontre les lésions suivantes :

1°. Obstacles de différentes natures, soit à l'orifice auriculo-ventriculaire, soit à l'orifice aortique, coïncidant avec divers degrés de dilatation et d'hypertrophie du ventricule et de l'oreillette gauche. (Ces obstacles ayant pour effet d'empêcher le libre afflux du sang des veines pulmonaires dans l'oreillette, il en doit naître un embarras consécutif de la circulation gauche dans les cavités droites, et par suite production d'hydropisie).

2°. Augmentation de volume du ventricule et de l'oreillette gauche, sans obstacle aux orifices;

3°. Simple hypertrophie des parois du ventricule gauche, avec dilatation ou rétrécissement de sa cavité, et existence d'un obstacle à l'orifice aortique;

4°. Même altération du ventricule gauche, mais sans obstacle à l'embouchure artérielle. (Dans ce cas, lorsque la cavité du ventricule gauche est très-petite, et qu'en même temps ses contractions sont peu énergiques, le sang arrivé dans l'oreillette gauche ne peut être admis dans le ventricule avec autant de facilité que dans l'état normal; de là sa stagnation dans les vaisseaux pulmonaire et l'engorgement des cavités droites du cœur).

Enfin, dans une troisième classe peuvent être rangés les individus

atteints d'hydropisie, chez lesquels les deux côtés du cœur sont simultanément malades.

L'hydropisie causée d'une manière plus ou moins directe par les différentes espèces d'affections organiques du cœur, que nous venons d'énumérer, présente dans son développement successif un ordre à peu près constant. On peut établir comme une sorte de loi que, dans toute hydropisie liée à une maladie du cœur, l'épanchement séreux commence par se manifester vers la partie inférieure des membres abdominaux, autour des malléoles. Cet épanchement envahit peu à peu la totalité de ces membre, en s'étendant toujours de bas en haut; souvent, mais non pas constamment, les mains s'infiltrent en même temps que le pourtour des malléoles, et avant que l'œdème n'ait gagné le haut des jambes.

L'infiltration totale des membres thoraciques est plus rare que celle des membres abdominaux; elle n'a même jamais lieu chez un certain nombre d'anévrysmatiques. La face commence à se tuméfier de bonne heure; mais cette tuméfaction reste long-temps peu considérable, et il semblerait d'abord qu'elle est le résultat d'une augmentation d'embonpoint. L'infiltrationde la face ne devient réellement considérable que lorsque l'hydropisie est déjà portée à un haut degré dans d'autres parties du corps. L'infiltration du scrotum et du pénis se manifeste chez quelques malades presque en même temps que l'œdème du pourtour des malléoles; chez d'autres, en vertu de quelques dispositions individuelles, cette infiltration ne survient que lorsque des congestions séreuses existent déjà dans beaucoup de points.

Quant à l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané des parois thoraciques et abdominales, on ne peut non plus établir rien de fixe sur l'époque de son apparition; celui qui est répandu à l'intérieur du corps offre aussi quelquefois des traces d'infiltration, dans le cas où l'hydropisie a été considérable et de longue durée.

Parmi les membranes séreuses, le péritoine est celle qui se remplit le plus souvent de sérosité consécutivement aux affections organiques du cœur. Mais, à peu près constamment, les premiers signes

d'ascite ne commencent à se manifester qu'après que l'infiltration du tissu cellulaire s'est progressivement étendue des malléoles à la partie supérieure des cuisses. Si le cas contraire a lieu, on peut en conclure d'une manière presque certaine que la production de l'ascite n'est pas due à la maladie du cœur, soit d'ailleurs que celle-ci existe ou n'existe pas, et qu'elle dépend, par exemple, ou d'une affection du foie ou d'une inflammation plus ou moins latente du péritoine, etc.

L'épanchement de sérosité dans la plèvre est, beaucoup plus rarement que l'ascite, le résultat des affections organiques du cœur; il en est de même de l'hydropéricarde. Quant à l'accumulation de sérosité dans les différentes portions de l'arachnoïde spinale, elle ne s'est pas montrée manifestement plus considérable dans les cas de maladies du cœur que dans d'autres affections.

La théorie créée par M. *Bouillaud* nous donne la solution de la plupart de ces divers phénomènes morbides. En effet, si l'on voit apparaître les premières traces d'hydropisie autour des malléoles, c'est qu'effectivement dans ce point, le plus éloigné du cœur, doit commencer à se faire sentir l'influence d'un obstacle à la circulation veineuse existant dans le centre même de cette circulation. Si la sérosité s'accumule plus souvent et en plus grande quantité dans le péritoine que dans les autres séreuses, on s'en rend facilement raison en considérant que la veine-porte et les branches qui concourent à la former, étant dépourvues de valvules, doivent favoriser par cette disposition la stase du sang dans la cavité abdominale, et que le foie offrant une circulation plus compliquée que celle des autres organes et un très-grand nombre de vaisseaux capillaires, cette fonction doit y être aussi plus souvent pervertie. (Je ne parle pas ici des cas où l'épanchement dépend d'une péritonite.) Si l'on observe fréquemment l'œdème des extrémités inférieures chez les femmes parvenues au huitième ou neuvième mois de la grossesse, n'est-ce pas à la gêne de la circulation opérée par la compression des veines iliaques qu'il faut l'attribuer? Enfin, il en est de même des kystes volumineux de l'ovaire, des tumeurs ab-

dominales situées sur le trajet des veines ou des vaisseaux lymphatiques; elles produisent l'hydropisie par le même mécanisme.

L'inflammation est aussi une cause très-fréquente d'hydropisie : dans ce cas, M. *Rayer* les nomme *hydrophlegmasies.*

L'inflammation des séreuses, qu'elle soit aiguë ou chronique, produit presque toujours l'épanchement d'un liquide dans leur cavité. Dans ce cas, le liquide épanché n'est plus limpide, homogène, comme dans les hydropisies par obstacle à la circulation : une matière blanche, opaque, ayant l'aspect d'albumine concrète, le rend trouble, quelquefois tout à fait puriforme. De fausses membranes sont souvent déposées à la surface de la séreuse.

Après une pleurésie aiguë, l'auscultation, la percussion font reconnaître qu'il reste un épanchement dans la plèvre très-long-temps après que la fièvre, la douleur et tous les autres symptômes de la phlegmasie ont disparu.

Assez souvent l'inflammation a son point de départ dans les organes que recouvre la séreuse; c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir une ascite consécutive à une entérite. Dans ce cas la phlegmasie paraît s'être communiquée de la muqueuse au péritoine. Un phénomène semblable s'observe pour le tissu cellulaire sous-cutané, l'érysipèle, le furoncle, par exemple. L'inflammation des muqueuses produit bien coup plus rarement le même effet sur les parties environnantes; on en trouve cependant un exemple dans la maladie à laquelle on a donné le nom d'*œdème de la glotte.*

La suppression de quelque excrétion, et surtout de la transpiration cutanée, l'abus des boissons aqueuses, etc., sont encore des causes d'hydropisie. Les habitans des pays froids et humides en sont souvent affectés, probablement parce que, d'après les observations de M. *Edwards,* leurs transpirations cutanée et pulmonaire sont réduites à leur minimum au milieu d'une atmosphère humide. N'en doit-il pas être ainsi pendant la période de desquamation des exanthèmes cutanés et surtout de la scarlatine? Alors la peau se trouve sèche, recouverte de larges plaques épidermiques qui doivent nécessairement s'opposer

à la transpiration. Quelle circonstance plus favorable d'ailleurs que celle-ci à l'impression du froid et de l'humidité ? N'est-ce pas là la cause déterminante des épanchemens séreux, dont le tissu cellulaire sous-cutané et le péritoine sont le siége à la suite de la scarlatine?

La pléthore, par quelque cause qu'elle soit déterminée, produit aussi l'hydropisie; mais on conçoit que dans ce cas, quoiqu'on ne trouve ni obstacle appréciable à la circulation, ni traces de phlegmasie, la circulation n'en est pas moins gênée par l'état de distension des vaisseaux.

D'autres fois le sang est dans un état tout à fait opposé : au lieu d'être trop abondant sa quantité est notablement diminuée, la partie aqueuse y prédomine. C'est à cette altération qu'il faut rapporter les hydropisies qu'on a observées dans les temps de disette chez des individus qui étaient forcés de se contenter d'une alimentation insuffisante, la bouffissure de la face, l'œdème des extrémités à la suite des évacuations sanguines trop abondantes, qui ont, comme on sait, pour effet d'augmenter le sérum du sang.

On voit assez souvent des phthisiques affectés d'œdème des extrémités inférieures, s'étendant quelquefois aux mains, aux avants-bras, au tissu cellulaire des parois abdominales; sans qu'on puisse découvrir d'autre altération à laquelle on doive rapporter l'hydropisie que l'existence des tubercules pulmonaires. Mais n'est-il pas probable que ces productions morbides jouent ici le rôle de cause productrice, en mettant obstacle au cours du sang dans le poumon?

Il n'est pas rare qu'on observe des hydropisies à la suite des fièvres intermittentes, surtout lorsque ces maladies se prolongent. Les engorgemens du foie et de la rate que l'on a trouvés après la mort nous en rendent raison. Peut-être le spasme de la peau, pendant la période de froid, s'oppose-t-il à la perspiration et détermine-t il dans les aréoles du tissu cellulaire une sorte de reflux du liquide, qui eût dû être excrété par la transpiration cutanée.

Beaucoup de médecins regardent les affections du système lympha-

tique comme causes des hydropisies. Cette opinion a sa source dans celle que l'on s'était faite du rôle joué par les vaisseaux lymphatiques dans l'absorption. Ce rôle est loin d'avoir ici l'importance qu'on lui a attribuée; si les vaisseaux lymphatiques étaient les vrais agens de l'absorption, comment se ferait-il que les absorbans, si multipliés et si répandus dans toutes les surfaces, dans tous les tissus, n'eussent d'autre débouché que ces mêmes lymphatiques, qui sont assez peu considérables pour ne former, par la réunion de leurs branches, que deux troncs fort exigus? Cette disproportion ne rend-elle pas plus que douteuse l'identité prétendue entre les vaisseaux absordans et les vaisseaux lymphatiques? Les hydropisies coïncident d'ailleurs très-rarement avec les engorgemens des vaisseaux lymphatiques, et l'on voit souvent les glandes lymphatiques devenues tuberculeuses à un très-haut degré sans hydropisie.

On a cité des hydropisies par obstruction du canal thoracique, mais ces faits ne sont rien moins que concluans. Dans le petit nombre de cas d'oblitération de ce canal qu'on a recueillis, l'on n'a pas observé que l'hydropisie fût un phénomène constant; lorsqu'elle existait, diverses lésions concomitantes pouvaient la causer. Dans tous les cas observés par M. *Andral*, il y avait continuation du cours de la lymphe par des vaisseaux latéraux dilatés.

Enfin, il est des hydropisies, en petit nombre à la vérité, auxquelles il est impossible d'assigner aucunes causes appréciables, quelque soin que l'on mette dans l'examen du malade et du cadavre, quand il succombe.

On a divisé les hydropisies en *actives*, en *passives* et en *essentielles*. La manière dont on avait conçu leur production, les succès d'un traitement stimulant dans certains cas, débilitant dans d'autres, ont fait admettre cette division.

Il est des hydropisies évidemment *actives*, les *hydrophlegmasies*, par exemple; d'autres sont *passives*, telles sont celles par obstacle à la circulation. Enfin, chez quelques individus, en bien petit nombre à la vérité, l'étude des symptômes et l'ouverture des cadavres n'ayant

démontré l'existence d'aucune altération à laquelle on pût rapporter l'hydropisie, on lui a donné alors le nom d'*essentielle*.

Il n'est pas rare de voir, dans le cours d'un grand nombre de maladies, des congestions séreuses se résorber avec la même promptitude avec laquelle elles s'étaient formées. Il est des malades chez lesquels l'hydropisie est restée stationnaire pendant plusieurs mois ; puis tout à coup, sans que la thérapeutique y ait contribué en rien, la sérosité épanchée disparaît : on n'en trouve plus de traces au bout de quelques jours. Quelquefois même la résorption totale est encore plus prompte, et on l'a vue commencer à se faire et s'achever en moins de vingt heures.

Cette disparition brusque est tantôt suivie d'une amélioration notable ; tantôt, au contraire, elle est le signal des accidens les plus fâcheux. Dans le premier cas, en même temps que le liquide épanché se résorbe, différens flux séreux s'établissent, ou par le tube intestinal ou par les bronches. Des urines copieuses, des sueurs abondantes coïncident souvent, comme cause ou comme effet, avec la disparition de diverses hydropisies.

Les indications à remplir dans le traitement des hydropisies se tirent de deux sources : de l'hydropisie elle-même et de la cause qui l'a produite; la première est d'évacuer la sérosité épanchée; deux ordres de moyens sont employés pour y parvenir : ou l'on évacue directement le liquide, ou l'on détermine une sécrétion abondante sur quelqu'une des surfaces éliminatoires de notre économie, la peau, les intestins, les voies urinaires; dans ce dernier cas, trois sortes de moyens thérapeutiques : les *diurétiques*, les *purgatifs*, les *sudorifiques*.

Les *diurétiques* sont les médicamens les plus employés dans les hydropisies. On en confie l'absorption au canal alimentaire ou à la peau, le plus souvent à ces deux surfaces. Des succès nombreux justifient leur emploi ; mais il serait difficile d'assigner la préférence à tel diurétique plutôt qu'à tel autre : les circonstances au milieu desquelles se trouve le malade en déterminent le mode d'administration et le choix.

Les *purgatifs* sont d'un usage beaucoup moins fréquent que les diurétiques : on n'y a recours que quand ceux-ci ont été inutilement employés ; on ne doit en général les employer que quand le canal intestinal est exempt de toute irritation.

Les *sudorifiques* sont encore plus rarement mis en usage : ingérés dans l'estomac, ils produisent rarement l'effet qu'on en attend. Les bains de vapeur, de sable chaud, etc., déterminent plus sûrement la sueur ; mais on n'y a recours que dans quelques cas particuliers.

C'est principalement dans l'ascite qu'on évacue directement le liquide épanché : cette opération est rarement suivie de résultats heureux, l'ascite étant presque toujours symptomatique d'une affection grave, souvent au-dessus des ressources de l'art ; ce n'est qu'après avoir épuisé tous les moyens que l'on a cru indiqués que l'on se décide à pratiquer la paracenthèse.

L'empyème, dans l'hydrothorax, réussit encore plus rarement, et par les mêmes raisons.

Les mouchetures, les piqûres, les vésicatoires, dans l'anasarque, sont aussi rarement utiles ; leur emploi est souvent suivi d'érysipèle, d'escharres, qui font beaucoup souffrir les malades. Les mouchetures, faites à une certaine profondeur, ont moins cet inconvénient que celles qui sont superficielles, d'après la remarque de M. le professeur *Chomel*.

Les indications qui se tirent des causes sont nécessairement variées comme celles-ci ; c'est surtout vers elles qu'il faut, au commencement, diriger le traitement ; ce n'est que quand l'hydropisie persiste après la disparition de la lésion qui l'avait produite, que l'on a recours au traitement qui lui est propre.

La thérapeutique a peu d'action sur les hydropisies produites par les obstacles mécaniques au cours du sang ; fréquemment les maladies du cœur et du foie, qui déterminent l'hydropisie, sont dans ce cas. Dans les premières, cependant, le repos, les évacuations sanguines, dans certaines circonstances, quelques diurétiques, et surtout la digitale, produisent des guérisons momentanées.

Les hydropisies partielles, tenant à l'oblitération d'une veine, se dissipent par l'établissement d'une circulation collatérale, ainsi que M. le docteur *Reynaud* en rapporte des exemples; mais c'est à la nature seule qu'est dû cet heureux résultat.

Dans les hydropisies par phlegmasie, on ne doit s'occuper de l'hydropisie que quand les symptômes de la phlegmasie, la douleur, la fièvre, ont disparu. On prescrit alors les moyens que réclame la collection; mais il faut beaucoup de prudence pour ne pas faire reparaître l'inflammation. Jusque-là la phlegmasie doit être traitée comme s'il n'y avait pas d'épanchement.

Dans l'hydropisie qui succède à la scarlatine, il faut s'appliquer principalement à rétablir les fonctions de la peau : des bains, des frictions aromatiques quand la maladie débute; quand elle est avancée, des frictions plus fortement stimulantes, des vésicatoires, des boissons diaphorétiques, le séjour au lit, remplissent cette indication.

L'hydropisie pléthorique réclame l'usage de la saignée, de la diète.

Si la diminution de la masse du sang, la prédominance de sa partie séreuse étaient la cause de l'hydropisie, il conviendrait de prescrire quelques toniques et une alimentation suffisamment réparatrice; mais ce n'est le plus souvent qu'après la mort que l'on reconnaît les diverses altérations que l'on n'avait pu que soupçonner pendant la maladie.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Mutationes anni temporum maximè pariunt morbos ; et in ipsis temporibus magnæ mutationes tùm frigoris tùm caloris , et cætera pro ratione eodem modo. *Sect.* 3, *aph.* 1.

II.

Autumnus tabidis malus. *Ibid.*, *aph.* 10.

III.

A tabe detento alvi profluvium superveniens, læthale. *Sect* 5, *aph.* 14.

IV.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

V.

A peripneumonia phrenitis, malum. *Ibid.*, *aph.* 12.

VI.

Si quis febricitanti cibum det, convalescenti quidem, robur, ægrotanti verò, morbus fit. *Ibid.*, *aph.* 19.